
PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO

AUTOR

Felipe Takayuki Ida Nakatani

ORIENTADOR

Marcelo Guimarães

CO-ORIENTADORA

Somaia Reda

Curitiba

2021

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO

INTRODUÇÃO

- A hipertensão na gestação está entre as principais causas de mortalidade materna e perinatal no mundo, sendo responsável por cerca de 20% da mortalidade materna no Brasil. A prevalência estimada é de cerca de 6-22% das gestantes com alteração pressórica.
- A hipertensão crônica está presente em 0,9 – 1,5% das grávidas e a pré-eclâmpsia complica entre 2 a 8% das gestações globalmente.

DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

- PA maior ou igual a 140x90mmHg em pelo menos duas medidas (intervalo de 4 horas). A paciente deve estar sentada e em repouso por pelo menos 20 minutos antes da aferição.

CLASSIFICAÇÃO E DEFINIÇÕES

Hipertensão arterial crônica
Hipertensão gestacional
Hipertensão do avental branco
Hipertensão crônica sobreposta por pré-eclâmpsia
Pré-eclâmpsia
Eclâmpsia

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

- Ocorrência de HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) (PA \geq 140x90mmHg) precedendo a gestação. Quando não há registros pressóricos anteriores, considera-se HAS crônica quando constatada hipertensão arterial até a 20ª semana. Tem como causa Primária (essencial) ou secundária (quadro subjacente). Pode ser também por uma hipertensão arterial (HA) que é diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e não se normaliza no período pós-parto.

HIPERTENSÃO GESTACIONAL

- Hipertensão arterial (PAS \geq 140 e ou PAD \geq 90mmHg) com 4 horas de intervalo que surge **após as 20 semanas** de gestação, sem estar acompanhada de nenhum sinal, sintoma ou alteração laboratorial que caracterize a pré-eclâmpsia. Pode evoluir para pré-eclâmpsia em até 25% dos casos.
- Hipertensão gestacional **Grave**: PAS \geq 160 e ou PAD \geq 110mmHg sem outras disfunções materno-fetais.

HIPERTENSÃO DO AVENTAL BRANCO

- Até 25% das pacientes com PA aumentada no consultório tem hipertensão do avental branco. Diagnóstico confirmado por medidas seriadas ou MAPA (Monitorização ambulatorial da pressão arterial). Até 50% desses casos podem evoluir para hipertensão gestacional ou eventualmente Pré-Eclâmpsia.

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA SOBREPOSTA POR PRÉ-ECLÂMPسيا

- Gestante hipertensa crônica sem proteinúria antes da 20ª semana que manifesta proteinúria na segunda metade da gestação.
- Gestante hipertensa crônica com proteinúria antes da 20ª semana e nota-se aumento repentino no valor da proteinúria (3x valor inicial).

EXAMES LABORATORIAIS

- Hemograma, Transaminases, Bilirrubinas totais e frações, LDH, ácido úrico, coagulograma, ureia, creatinina, quantificação da excreção de proteína (Parcial de urina, relação albumina-creatinina e proteinúria de 24hs).

ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL – HIPERTENSÃO GESTACIONAL

- **Hipertensão gestacional sem elevação importante da pressão arterial (PAS \geq 160 e ou PAD \geq 110)**
- Acompanhamento pré-natal ambulatorial com retornos frequentes para avaliação materno-fetal e de exames laboratoriais.
- Não iniciar aspirina após 20 semanas de gestação (sem evidência de eficácia).
- **Orientar sinais de alarme para paciente:** Cefaleia intensa, dor epigástrica, dor em hipocôndrio direito. Diminuição de movimentos fetais, sangramento vaginal e sinais de trabalho de parto prematuro.
- **Atividade física:** Repouso não altera progressão para pré-eclâmpsia ou melhora desfecho materno-fetal, porém pode diminuir frequência de picos pressóricos. Individualização dos exercícios, evitando exercícios puramente isométricos (levantar peso) ou aeróbicos intensos.

- **Avaliação Fetal:** Mobilograma diário a partir das 32 semanas. Ultrassonografia para avaliação de crescimento fetal a cada 3-4 semanas devido ao risco de insuficiência placentária.
- **Alvo do tratamento pressórico:** Tratamento de pacientes que tiveram picos pressóricos (PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 110mmHg). O alvo da terapia anti-hipertensiva nessas pacientes é de PAS 130-150 e PAD 80-100mmHg.

INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO NA HIPERTENSÃO GESTACIONAL

- Em gestações não-complicadas, com pressão arterial **ocasional** entre \geq 140x90 e $<$ 160x110 mmHg, interromper a gestação entre **38 e 39 semanas**, pelo risco neonatal menor do que entre 37 e 38 semanas.
- Em gestações com pressões arteriais **frequentes** entre \geq 140x90 e $<$ 160x110mmHg, presença de comorbidades ou outros fatores de risco, considerar interromper a gestação a partir de **37 semanas**.
- Pacientes com pressão arterial persistente \geq 160x110, avaliar interrupção se gestação \geq 34 semanas. A conduta expectante até \geq 37 semanas não é recomendada devido ao risco materno-fetal dos picos hipertensivos.
- Interrupção por via obstétrica.

PRÉ-ECLÂMPSIA - INTRODUÇÃO

- Desordem progressiva multissistêmica caracterizado por disfunção placentária e vascular materna que se resolve após o nascimento.
- Cerca de 90% se apresenta em idades gestacionais \geq 34 semanas e/ou puerpério. 10% tem uma apresentação precoce $<$ 34 semanas, levando ao risco de nascimento prematuro/prematuridade extrema.
- Afeta cerca de 4-5% das gestações globais.

PRÉ-ECLÂMPSIA – FISIOPATOLOGIA

- **Desenvolvimento anormal da placenta:** Células trofoblásticas infiltram a porção decidual das artérias espiraladas mas falham em penetrar o segmento miometrial. Portanto, os vasos permanecem estreitos levando a hipoperfusão placentária crônica.
- **Consequências da hipoperfusão placentária:** Diminuição do fluxo uteroplacentário, hipóxia e isquemia. Liberação de proteínas antiangiogênicas, citocinas inflamatórias que alteram a função endotelial materna e levam aos sintomas sistêmicos da pré-eclâmpsia. Para a parte fetal – restrição de crescimento e oligodramnia.
- **Fatores antiangiogênicos - sFlt-1 e PlGF:** Liberação pela placenta doente que levam a disfunção endotelial sistêmica materna.

PRÉ-ECLÂMPسيا – FATORES DE RISCO

➤ Fatores de risco (Alto Risco)

Pré-eclâmpسيا prévia	Hipertensão arterial crônica	Diabetes pré-gestacional (Tipo 1 ou 2)	Doenças autoimunes SAAF/LES
	Doença renal crônica	Gestação gemelar	

➤ Fatores de risco (Moderado Risco) – Múltiplos fatores de risco moderados podem levar a alto risco de desenvolvimento de pré-eclâmpسيا.

Reprodução Assistida	Irmã com PE	Nuliparidade	Obesidade (IMC > 30)
Idade <18 anos ou > 40 anos	Hipertireoidismo descompensado	Raça negra	Hidropsia fetal
	RCIU/descolamento de placenta/Óbito fetal em gestação anterior	Apneia obstrutiva do sono	

PREDIÇÃO E PREVENÇÃO DE PRÉ-ECLÂMPسيا

- Avaliar história materna para identificação de fatores de risco.
- Combinação de exames para prever desenvolvimento de pré-eclâmpسيا no pré-termo, mas não no termo.
- **CONDUTA:**
 - AAS (Aspirina) entre 81-162 mg/dia (dose ideal 100-150mg/dia) idealmente entre **11 e 16 semanas de gestação**, mas pode ser realizado até as **20 semanas**.
 - Reduz frequência de pré-eclâmpسيا, eventos adversos (parto prematuro e restrição de crescimento) em torno de 10-20% nas pacientes com risco moderado.
 - Se ingestão baixa de cálcio (<600mg/dia) - usar de 1,2 a 2,5g/dia.
 - Atividade física pelo menos 3x/semana por 50 minutos. Perda de peso pré-gestacional contribui também.
- **Intervenções sem eficácia comprovada para prevenção de pré-eclâmpسيا:** Estatinas, suplementação de vitamina C/D/E, ácido fólico e óleo de peixe.
- **Outros exames:** Doppler de artérias uterinas e relação s-Flt-1/PIGF.
- **Doppler das artérias uterinas:** Incisuras protodiastólicas persistentes além das 23ª semana de gestação. Positivo se IP (Índice de Pulsatilidade) > p95 para idade gestacional. Em pacientes com risco clínico de PE, aumenta chance de terem pré-eclâmpسيا e/ou RCF na gestação atual.

PRÉ-ECLÂMPSIA – CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-LABORATORIAIS

- Hipertensão após a 20ª semana de gestação acompanhada de proteinúria, **mas na ausência de proteinúria a presença de** pelo menos um sinal clínico, laboratorial ou hemodinâmico de hiperatividade endotelial vascular como:

PROTEINÚRIA SIGNIFICATIVA	DISFUNÇÕES ORGÂNICAS MATERNAS	DISFUNÇÃO ÚTERO-PLACENTÁRIA
Relação Proteínúria/creatininúria amostra isolada $\geq 0,3$	Renal Creatinina $\geq 1,1$ mg/dL	Restrição de crescimento fetal assimétrico
Proteinúria 24hs ≥ 300 mg	Hepática >2x LSN transaminases	USG Doppler A. umbilical alterada, principalmente com alteração nas duas artérias uterinas maternas
Fita reagente $\geq 1+$ / ≥ 1 g/L	Neurológicas Estado mental alterado Cegueira, escotomas, turvamento visual	
OBS: PROTEINÚRIA NÃO É OBRIGATÓRIO PARA O DIAGNÓSTICO	Hematológicas Plaquetopenia (<100.000) CIVD e Hemólise	
	Antiangiogênese PIGF < 36pg/mL Relação sFlt-1/PIGF>85	
	Pulmonar Edema pulmonar agudo	

- Gestantes que se tornam hipertensas após a primeira metade da gestação, mesmo sem proteinúria significativa, devem realizar investigação subsidiária para excluir outras disfunções maternas e placentários. Sem isso é impossível excluir o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

PRÉ-ECLÂMPسيا COM SINAIS DE GRAVIDADE

- Pré-eclâmpسيا associada a complicações materno-fetais graves com risco iminente de comprometimento materno-fetal.
- **PAS persistente igual ou superior a 160 ou PAD igual ou superior a 110mmg**, ou a presença de qualquer um dos critérios abaixo caracterizam PE Grave.

SNC (condições adversas)	SNC Término da Gestação	Cardiorrespiratório (condições adversas)	Cardiorrespiratório Término da Gestação
Cefaleia intensa e refratária – frontal, occipita, difusa	Eclâmpسيا, cegueira cortical	Dor torácica	HAS grave não controlada (12hs de dose máxima de hipotensores)
Sintomas visuais (escotomas)	Descolamento de retina	Dispneia ou SO ₂ <97%	SO ₂ <90% com necessidade O ₂ >50%
Hiperreflexia	Escala de Glasgow <13 / AIT / AVE		Edema pulmonar, infarto

Hematológico (condições adversas)	Hematológico Término da Gestação	Renal (condições adversas)	Renal Término da Gestação
Leucocitose	Plaq. <50.000	Creatinina elevada	IRA (Cr > 1,5) sem doença renal prévia
Plaquetopenia <100.000 RNI / TTPA elevados	Necessidade de transfusão de qualquer hemoderivado	Ácido úrico elevado	Necessidade de diálise (sem IRC prévia)

Hepático (condições adversas)	Hepático Término da Gestação	Feto-placentário (condições adversas)	Feto-placentário Término da Gestação
Epigastralgia, dor HCD	RNI > 2 na ausência de CID	CTG não reativa	Descolamento premat. de placenta
TGO, TGP >2x limite superior e LDH elevados	Hematoma hepático com ou sem ruptura	RCF, oligodramnia	Onda A reversa no ducto venoso
Bilirrubinas elevadas e albumina baixa		USG de A. umb. com fluxo diastólico ausente ou reverso	Óbito fetal

MONITORIZAÇÃO FETAL

- Ultrassonografia com biometria fetal, avaliação de líquido amniótico e dopplervelocimetria devem ser realizados após o diagnóstico de pré-eclâmpsia.
- Se pré-eclâmpsia ou restrição do crescimento fetal (RCF), deve-se reavaliar com ultrassonografia pelo menos a cada 3 semanas, a partir das **24 semanas** até o nascimento. Reavaliação do peso (biometria), volume do líquido amniótico e doppler da artéria umbilical.
- Se há Restrição do crescimento fetal (<p10 com doppler alterado ou <p3), avaliação fetal deve ser feita pelo menos a cada 2 semanas conforme protocolo de Restrição de Crescimento Intrauterino associados a volume do líquido amniótico e doppler de artéria umbilical.

IP da a. umbilical >p95	Diástole zero em art. umbilical	Diástole reversa em art. umbilical
USG + Doppler semanal	Se < 34 semanas	Se < 30 semanas
	CTG diária	CTG diária
	USG + Doppler 2x/semana	USG + Doppler 3x/semana
	Avaliar interrupção com 34 semanas	
	*Antes se doppler/vitalidade fetal deteriorar	

CONDUTA NA PRÉ-ECLÂMPسيا

- Independente da gravidade do quadro clínico, **toda paciente com diagnóstico de pré-eclâmpsia** deve ser observada em ambiente hospitalar inicialmente, pois mesmo que aparentemente com quadro benigno, pode evoluir subitamente com complicações graves o suficiente para resultar em óbito materno e/ou fetal.
- Acompanhamento pré-natal com exames laboratoriais semanais, minimamente composto de contagem plaquetária, creatinina e enzimas hepáticas. Exames de proteinúria não são necessários serem repetidos uma vez feito o diagnóstico.
- Corticoterapia para maturidade pulmonar até 34 semanas se pré-eclâmpsia com progressão severa da doença levando a risco de parto prematuro.

MANEJO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL AMBULATORIAL

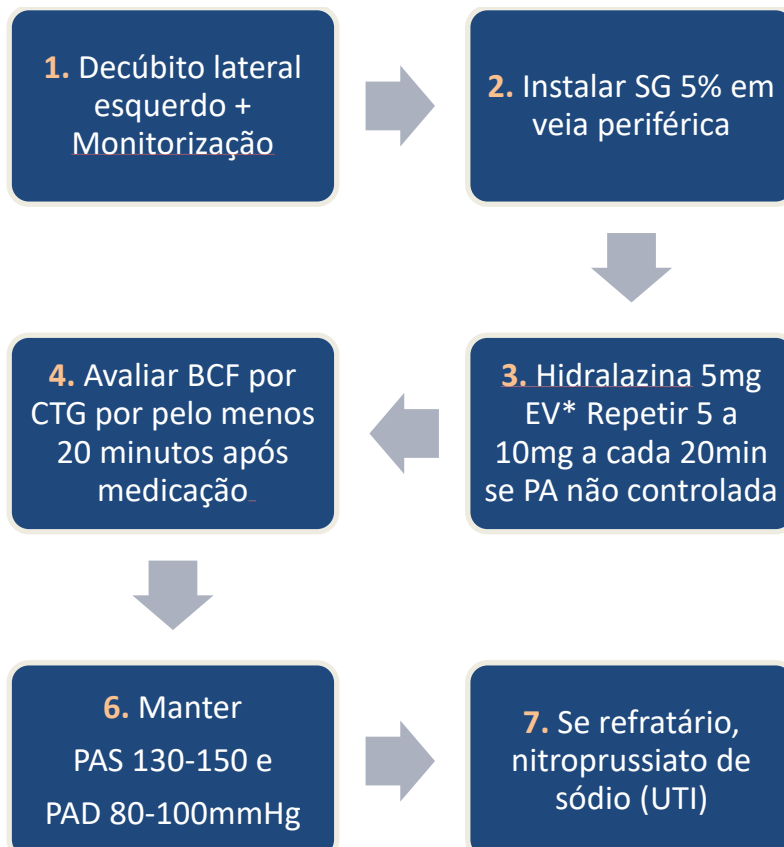
- Alvo da pressão arterial – **PAS entre 110-140 e PAD <= 85mmHg.**
- **Quando tratar ou aumentar dose?** PAS >=150 e/ou PAD >=100mmHg persistindo > 15 minutos.
- **Considerações importantes:** Tratamento anti-hipertensivo **não** reduz recorrência de pré-eclâmpsia, morte perinatal, parto prematuro, descolamento placentário. Porém, reduz picos pressóricos.

- **PRIMEIRA ESCOLHA: METILDOPA:** 750mg a 2g/dia. De preferência de 8/8 horas, pelo seu tempo de meia vida. Primeira escolha.
- **SEGUNDA ESCOLHA: Bloqueador de canal de cálcio:**
 - **Nifedipino:** Dose de 30 a 120mg/dia. Se comprimido simples - 10mg 8/8hs. Se comprimido retard, 20mg 12/12hs. Se associação com metildopa, pode-se associar comprimido 10mg VO 12/12hs.
 - **Anlodipino:** Dose inicial de 5mg/dia. Dose máxima de 5mg de 12/12h.
- **HIDRALAZINA:** Dose inicial de 25mg 2x/dia. Máximo de 100mg/dia.

MANEJO INICIAL DA PACIENTE COM PRÉ-ECLÂMPسيا COM SINAIS DE GRAVIDADE

- Admissão no Centro Obstétrico para monitorização contínua e realização de exames para avaliação de bem estar materno-fetal.
- Transferência para Enfermaria caso:
 - Assintomática;
 - Pressão arterial estável e sem novos picos pressóricos;
 - Exames laboratoriais em curva importante de melhora e/ou normais;
 - Vitalidade fetal preservada.

TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL AGUDA (PA \geq 160X110 mmHg)



***Hidralazina:** Ampolas 20mg/mL e comprimidos 25 e 50mg.

Dose de ataque: 5mg EV.

Diluição

1 ampola em 9mL SF 0,9% ou água destilada - **2,5 mL = 5mg**

1 ampola em 19mL SF 0,9% ou água destilada - **5mL = 5mg**

INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO NA PRÉ-ECLÂMPسيا

Critérios para interrupção da gestação depende da idade gestacional

- **Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade >= 37 semanas:** Interrupção da gestação com 37 semanas ou ao diagnóstico se >= 37 semanas.
- Pré-eclâmpsia entre **34 e 36+6 semanas** = **conduta expectante**, se condição materno-fetal estável, paciente bem informada e vigilância contínua.
- Pré-eclâmpsia em IG entre **24 e 33+6 semanas** = Se condição materno-fetal estável, pode-se optar por **conduta conservadora**. Ficar atento a qualquer sinal de descompensação clínica e orientar paciente. Avaliar corticoterapia.
- Pré-eclâmpsia em IG menor que 24 semanas = Avaliação materno-fetal diária + individualização de cada caso.
- **Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade:** Interrupção da gestação >= 34 semanas. Se <34 semanas, individualizar caso-a-caso.

Condutas específicas em casos de pré-eclâmpsia (24-33+6 semanas)

- **Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade baseado em alterações laboratoriais isoladas:** Pacientes assintomáticas com alteração grave de exames laboratoriais: AST/ALT > 2X limite superior da normalidade, plaquetas < 100.000 – conduta expectante 24-48h para realização de corticoterapia e exames laboratoriais seriados a cada 6-12 horas.
 - **Se piora dos exames laboratoriais após 6-12h** ou piora dos sinais clínicos – interrupção da gestação.
 - **Conduta expectante:** Se mantiver curva de melhora – conduta expectante.
- **Pré-eclâmpsia apenas com pico hipertensivo importante:** Conduta expectante com tratamento anti-hipertensivo.

Via de parto na interrupção da Gestação

- Via de parto obstétrica na maioria dos casos;
- Indução de parto com preparo cervical pode ser realizado.

- Se gestação < 32 semanas e colo desfavorável, sugerido cesariana devido ao maior risco de alteração da frequência cardíaca fetal intraparto e baixa taxa de parto vaginal (<40%).

TERAPIA PREVENTIVA/TERAPÊUTICA ANTICONVULSIVANTE (ZUSPAN)

➤ SULFATO DE MAGNÉSIO

Apresentação: Sulfato de Magnésio a 50% - Ampolas a 50% com 10mL. 0,5g/mL. 10mL=5g

Dose de ataque: 4g EV em 10-20 minutos. **8 mL** Sulfato de Magnésio a 50% em **12 mL** de água destilada = **20 mL total**

Dose de manutenção: 1-2g EV.

Preparo para obter 2g. Diluir 2 ampolas de Sulfato de Magnésio (10g) em 500 mL de Soro glicosado a 5% e correr a 50mL/hora.

Tempo de manutenção: Continuado por 24h após o nascimento.

Acompanhamento a cada 30 minutos:

- Frequência respiratória > 10 mrpm
- Reflexos presentes
- Avaliação da diurese >= **25mL/hora**
- Monitorização materno-fetal: Pressão arterial, oximetria, frequência cardíaca, ausculta BCF.

Toxicidade com Sulfato de Magnésio

- Frequência respiratória < 10/min ou SO₂ <92%
- Paralisia muscular
- Ausência de reflexos
- Oligúria - diurese < 25 mL/hora

Suspender sulfato de magnésio nesses casos e usar antídoto (gluconato de cálcio) se necessário.

➤ Quando solicitar magneemia?

- Convulsão na vigência da infusão de Sulfato de Magnésio
- Insuficiência renal (creatinina > 1,1 mg/dL) – a cada 4-6 horas.
- Sinais de toxicidade pelo sulfato de magnésio.
- Dose terapêutica: 4,8 – 8,4mg/dL (2- 3,5mmol/L)

➤ GLUCONATO DE CÁLCIO (ANTÍDOTO)

Gluconato de cálcio a 10%, ampolas de 10mL = 100mg/mL. Correr endovenoso lento com duração de aproximadamente 3 minutos.

ANTICONVULSIVANTES PARA O MANEJO DA CRISE CONVULSIVA REFROTÁRIA

➤ FENITOÍNA (HIDANTAL): Ampolas de 5mL = 250mg = 50mg/mL / Comprim. 100mg

ATAQUE: 15mg/kg peso. (500mg diluído em 200mL de SF em 20 minutos). Dose máxima de 50mg/min

MANUTENÇÃO: 500mg diluído em 200mL SF, infundir em 4 horas; repetir se necessário 12hs após; ou 100mg 8/8hs.

- **FENOBARBITAL (GARDENAL):** Ampolas 200mg e comprimidos de 50 e 100mg
ATAQUE: 1,5mg/kg/dia intramuscular **MANUTENÇÃO:** 1,5mg/kg/dia via oral

ECLÂMPSIA

DEFINIÇÃO

- Surgimento de convulsões tônico-clônicas generalizadas, de coma ou de ambas, durante a gravidez ou o puerpério em gestantes com pré-eclâmpsia (PE) e que não estão relacionadas com outras doenças do SNC.
- Acontece em 2-3% das pacientes com pré-eclâmpsia com sinais de gravidade e até 0,6% das pacientes com pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade.
- **Sintomas de iminência:** Hipertensão (75%), Cefaleia persistente (66%), Alterações visuais – escotomas, cegueira, diplopia, alteração do campo visual, fotofobia (27%), dor epigástrica/HCD (25%) e assintomáticas (25%).
- **Exame clínico:** Hiperreflexia, alteração dos nervos cranianos, alteração do nível de consciência e déficit de memória.

FASES DA CONVULSÃO TÔNICO-CLÔNICA GENERALIZADA

- **FASE TÔNICA:** Perda súbita de consciência, flexão dos braços e olhar desviado para cima seguido de extensão dos membros superiores e inferiores. Cianose.
- **FASE CLÔNICA:** Múltiplas contrações flexoras breves e violentas progredindo para relaxamento muscular. Cianose, salivação, mordedura da língua. Perda de controle esfinteriano.
- **FASE PÓS-ICTAL:** Cefaleia, confusão mental, dor muscular e fadiga.
- **ALTERAÇÃO FETAL:** Pode ocorrer por 3-5 minutos bradicardia, diminuição da variabilidade fetal e melhora com instituição do tratamento materno.

CONDUTA NA ECLÂMPSIA

1. Aspirar as secreções e proteger vias aéreas
2. Monitorizar + acesso venoso e O₂ 8-10 L/min
3. Recolher amostra de sangue e urina para avaliação laboratorial
4. Manter paciente em decúbito lateral esquerdo
5. Administrar Sulfato de Magnésio
6. Administrar nifedipina VO ou hidralazina EV se PA \geq 160x110mmHg
7. Inserir cateter vesical de demora
8. Aguardar a recuperação do sensório
9. Programar a interrupção da gestação

SÍNDROME HELLP

DEFINIÇÃO

- Hemólise, Enzimas hepáticas elevadas e Plaquetopenia.
- Ocorre entre 0,1 – 1% de todas as gestações
- **Fator de risco:** Histórico de pré-eclâmpsia

DIAGNÓSTICO

- Sinais e sintomas: Proteinúria (86-100%), hipertensão (82-88%), cefaleia (33-61%), náuseas e vômitos (29-84%), dor epigástrica (40-90%), dor em hipocôndrio direito (40-90%), alterações visuais (10-20%) e icterícia (1%).

Classificação da HELLP (Tennessee)

Hemólise	•Bilirrubinas \geq 1,2 mg/dL
Esfregaço do sangue periférico	•LDH \geq 2x Limite superior da normalidade ou $>$ 600UI/L •Esquisocitose, anisocitose, equinocitose e pecilocitose
Função hepática	•TGO e TGP \geq 2x Limite superior da normalidade
Plaquetopenia	•Plaquetas $<$ 100.000/mm ³

COMPLICAÇÕES:

- Eclâmpsia (6-50%), Descolamento prematuro de placenta (5-26%), CIVD (8%), Hematoma hepático, Edema agudo pulmonar ou ascite, Condição fetal não tranquilizadora e Insuficiência renal aguda.

CONDUTA NA SÍNDROME HELLP

1. Avaliar as condições materno-fetais
2. Controlar a pressão arterial
3. Estabilizar o quadro com **Sulfato de Magnésio**
4. Considerar uso de corticoide para maturação pulmonar fetal
5. Verificar se há necessidade de imagem hepática
6. Fazer avaliação laboratorial a cada 6 a 24 horas, dependendo da gravidade do quadro até sua estabilização
7. **Planejar interrupção da gestação. Se estável - corticoterapia e interrupção após 48h.**
8. Manter uso de anti-hipertensivos e sulfato de magnésio no puerpério

CORTICOTERAPIA NA PRESENÇA DE PLAQUETOPENIA (<50.000)

- **Dexametasona 10mg** EV de 12/12hs por 24-48 horas.

INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO E VIA DE PARTO NA SÍNDROME HELLP

- **Interrupção imediata:** Gestações \geq 34 semanas, óbito fetal, idade gestacional sem viabilidade extrauterina, descolamento de placenta. Condições maternas: CIVD, Edema pulmonar e insuficiência renal aguda.
- **Via de parto:** Abaixo de 32 semanas – cesariana. Acima, considerar indução de parto se colo desfavorável. (indicação obstétrica).
- **Avaliar neuroproteção fetal e prevenção de eclampsia com sulfato de magnésio.**
- Manejo conservador por até 48h para ciclo de corticoterapia se estabilidade materno-fetal.

SEGUIMENTO A CURTO-PRAZO (PUERPÉRIO)

- As pacientes devem retornar em 1 semana após o término da gestação, caso tenha sido necessário usar antihipertensivos na alta hospitalar
- As pacientes devem retornar em **3 meses**. Período em que a pressão arterial e exames laboratoriais e de urina devem estar normalizados.
- Evitar uso de antiinflamatórios não esteroidais (AINES) no puerpério.
- Pacientes com hipertensão gestacional normalmente tem sua pressão arterial normalizada em até 12 semanas.

SEGUIMENTO A LONGO PRAZO

- Orientar as pacientes a fazer acompanhamento nas unidades básicas de saúde, pelo risco aumentado de doenças cardiovasculares, diabetes, trombose venosa e doença renal crônica em relação as pacientes normotensas.
- Orientar as pacientes sobre o risco aumentado de pré-eclâmpsia ou hipertensão gestacional em próxima gestação e que devem receber AAS em baixa dose nas próximas gestações
- Recorrência de 22% em síndrome hipertensiva numa próxima gravidez – 15% com hipertensão gestacional e 7% de pré-eclâmpsia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brown, M., **The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice**, Pregnancy Hypertension, 2018.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. **Gestational hypertension and Preeclampsia. Practice Bulletin No. 222**. Obstet Gynecol 2020; 135, Jun. 2020.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Hypertension in Pregnancy. **Hypertension in pregnancy**, Obstet Gynecol 2013; 122:1122.
4. Butalia, Sona, et al. **Hypertension Canada's 2018 Guidelines for the Management of Hypertension in Pregnancy**, Canadian Journal of Cardiology, v. 34, ed. 5, 526-531, 2018.
5. Barroso et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. Arq Bras Cardiol, 2020.
6. Magloire, Lissa, et al. **Gestational Hypertension**, UpToDate, Fev. 2021.
7. Karumanchi, Ananth S., et al. **Preeclampsia: Pathogenesis**, UpToDate, Fev. 2021.
8. August, Phyllis, et al. **Preeclampsia: Prevention**, UpToDate, Fev. 2021.
9. Norwitz, Errol R., et al. **Early pregnancy prediction of preeclampsia**, UpToDate, Fev. 2021.
10. August, Phyllis, et al. **Preeclampsia: Clinical Features and Diagnosis**, UpToDate, Fev. 2021.
11. Barrs, Vanessa a, et al. **Treatment of hypertension in pregnant and postpartum women**, UpToDate, Fev. 2021.
12. Norwitz, Errol R., et al. **Preeclampsia: Management and prognosis**, UpToDate, Fev. 2021.
13. Lockwood, Charles J, et al. **Expectant management of preterm preeclampsia with severe features**, UpToDate, Fev. 2021.
14. August, Phyllis, et al. **Hypertensive disorders in pregnancy: Approach to differential diagnosis**, UpToDate, Fev. 2021.
15. Sibai, Baha M., et al. **HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets)**, UpToDate, Fev. 2021.
16. Freitas, Fernando et al. **Rotinas em Obstetrícia**, 7. ed, 2017.